In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

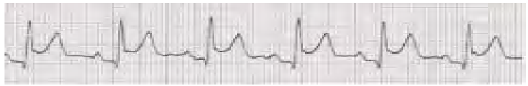
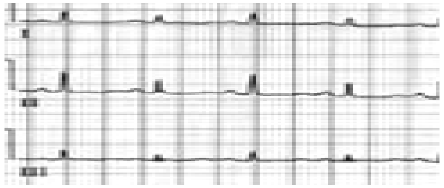
La faculte .NET
seek knowledge

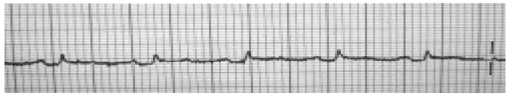
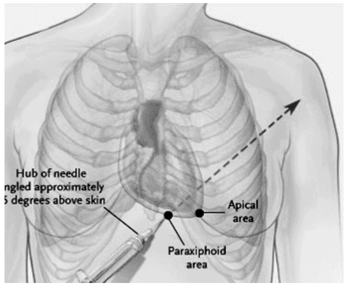
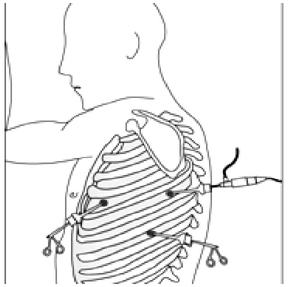
**Copyright disclaimer**

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

Free database on: www.la-faculte.net published for NON-lucrative use

| | | La péricardite aigue | La tamponnade<br>urgence médicale | La péricardite chronique constrictive |
|---|---|---|---|---|
| Définition | | Inflammation aiguë du péricarde s'accompagnant ou non d'un épanchement péricardique. | le retentissement circulatoire d'un épanchement péricardique compressif gênant le remplissage cardiaque (adiastolie) favorisé par la faible distentibilité du péricarde et la vitesse de constitution de cet épanchement. | Elle est II aire à une atteinte du péricarde : inflammatoire, fibreuse ou calcifiée entraînant une constriction péricardique et une gêne à l'expansion diastolique cardiaque perturbant le remplissage ventriculaire. |
| Epidémiologie | | ❖ 2 à 2,5% des patients hospitalisés.<br>❖ Pathologie fréquente du sujet jeune | | |
| Diagnostic | Signes généraux | Non spécifiques et inconstants provoquent la consultation :<br>➢ fièvre modérée (svt), peut manquer chez le sujet âgé.<br>➢ Asthénie | ❖ Asthénie : très marquée, par ↘ du Q cérébrale après ↘ Qc<br>❖ Dyspnée : importante présentant les mêmes caractéristiques que celle de la PA.<br>❖ douleur thoracique (peu fréquente)<br>❖ Tableau d'épanchement péricardique<br>–Absence du frottement péricardique<br>– signe d'Ewart = augmentation des vibrations vocales sous scapulaire G (compression du poumon G par l'épanchement)<br>❖ Tableau d'insuffisance cardiaque droite : HSM/ OMI /∑me de cytolyse hépatique / oligo-anurie : IRA inexpliquée<br>❖ Tableau d'insuffisance circulatoire aiguë<br>sueurs, refroidissement des extrémités, cyanosé, agité<br>Tachycardie, pouls filant, PVC augmentée (> 20 cm H2O)<br>Triade de Beck { 1. hypotension<br>2. Turgescence jugulaire<br>3. Bruits du Cœur assourdis<br>❖ Tableau Respiratoire (1/3 des patients ont un épanchement pleural associé) :<br>– Tachypnée, Cyanose ; | Asthénie Rarement ! |
| Diagnostic | SIGNES FONCTIONNELS | ❖ La douleur thoracique: brutale et violente d''intensité variable rétro sternale :<br>➢ Positionnelle : ↗en position couchée et ↘par la position assise, penché en avant.<br>➢ ↗ par l'inspiration profonde, et la toux.<br>❖ La dyspnée : modérée, + nette en décubitus, ↘ par la position assise, penchée en avant.<br>❖ Les signes médiastinaux : si épanchement abondant : Hoquet, dysphagie, dysphonie | | ❖ SF :<br>• Dyspnée d'effort (constante),<br>• Plus rarement, hépatalgies d'effort,<br>❖ Signes extra cardiaque: Syndrome de PICK qui associe :<br>➢ Hypertension portale<br>➢ syndrome cave supérieur (bouffissure, une cyanose du visage, une turgescence jugulaire avec signe de Küssmaul (↑ de TJ à l'inspiration) et un reflux hépato-jugulaire),<br>➢ syndrome cave inférieur des OMI / une circulation collatérale et des varicosités des MI.<br>❖ L'examen clinique est normal dans 20% des cas<br>❖ Parfois déviation du choc de pointe<br>❖ L'auscultation :<br>✓ Tachycardie régulière,<br>vibrance péricardique : bruit protodiastolique pathognomonique de la calcification |
| Diagnostic – LES SIGNES PHYSIQUES | Auscultation | ✓ Frottement Péricardique : (50 %)<br>▪ précoce, fugace et entendu dans la zone précordiale.<br>▪ persistant en apnée, il ↗ lors de l'inspiration forcée ;<br>▪ rude, « crissement de cuir neuf », doux: «froissement de la soie »<br>▪ Son absence n'élimine pas le diagnostic.<br>✓ tachycardie<br>✓ assourdissement des BDC | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Autres | rechercher des signes de tamponnade (complication e la PA) | – Signes auscultatoires d'épanchement pleural ;<br>– Pouls paradoxal de Küssmaul : Chute de PAs > 10mm Hg en inspiration en ventilation spontanée. | péricardique, maximum à l'apex, parfois vibrant, intense et claqué.<br>R ! Bruit myocardique dû à l'impact de la colonne sanguine sur une paroi ventriculaire inextensible.<br>Tension artérielle : souvent abaissée, Lors de l'inspiration, les chiffres TA peuvent ↘ |
| La radiographie du Thorax | ➢ volume du cœur normal (67% des cas)<br>➢ modifications limitées de la silhouette :<br>✓ Signe de chevauchement hilaire<br>✓ Signe de recouvrement hilaire<br>➢ <u>La silhouette cardiaque en carafe :</u><br>ICT> 50% | ➢ Parenchyme pulmonaire souvent normal ;<br>➢ Orientation étiologique parfois.<br>ICT>50% | ➢ Volume cardiaque <u>normal</u> chez 50% des malades<br>R ! IC + petit cœur →évocation d'une constriction péricardique<br>➢ Le cœur peut avoir un aspect triangulaire, Une pleurésie associée est fréquente.<br>➢ Les calcifications (20 à 60 %) mieux visible de profil : aspect de PANZER HERZ En cas de Ca2+ étendues. |
| ELECTROCARDIOGRAMME | ❖ caractère évolutif (intérêt de répétition des enregistrements :<br>anomalies concordantes touchent toutes les dérivations, sans onde Q et sans image en miroir avec ST sous décalé: toujours en AVR, svt en V1 et parfois en V2.<br>❖ 4 stades de HOLTZMAN:<br>• <u>stade 1 (<24h) :</u> de sus-décalage du ST concave vers le haut, ceci est visible entre la 1ère et la 24$^{ème}$ H ;<br><br>• <u>stade 2 (<48h) :</u> retour à la ligne isoélectrique avec aplatissement de l'onde T, entre la 24 et la 48ème H.<br> <br>• <u>stade 3 (<7j) :</u> à la 1ére semaine à type d'onde T négative de type ischémique dans toutes les | • Tachycardie souvent sinusale.<br>• un microvoltage des QRS.<br>• l'alternance électrique : elle peut être totale, (P, QRS, T) ou bien porter uniquement sur les complexes QRS. Témoignent de l'abondance de l'épanchement péricardique mais ne préjuge pas de la tolérance de cet épanchement<br><br> <br> | Modifiée de façon non spécifique :<br>• Anomalie de l'auriculogramme :<br>– Fibrillation auriculaire dans 20% des cas<br>– Onde P bifide<br>– Hypertrophie auriculaire bilatérale.<br>• Microvoltage des complexes QRS :<br>– voltage <5mm dans les dérivations périphériques<br>– voltage <10mm dans les dérivations précordiales<br>– Anomalies diffuses de la repolarisation : aplatissement ou négativation diffus des ondes T.<br> |

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">❖ ervé en D2, D3 ou aVF.<br>❖ En cas d'épanchement liquidien abondant : il existe parfois un <u>micro-voltage</u> dans les dérivations standards,<br>❖ Parfois : des trouble du rythme auriculaire :<br>• fibrillation auriculaire de tachycardie supra ventriculaire flutter<br> <br>• dérivations avec segment ST isoélectrique.<br>• <u>stade 4 (<2mois) :</u> retour à la normale des ondes T.<br> <br><br><br><u>Des signes inconstants :</u><br>❖ le sous-décalage de PQ (>2 mm), souvent obs</td></tr>
<tr><td>Echocardiographie</td><td>Elle recherche :<br>→<u>un épanchement péricardique</u> (Pfs minime) correspondant à un espace Vide d'écho péricardique (décollement des 2 feuillets), dont l'absence n'exclut pas le diagnostic (péricardite sèche).<br> <br><br>→des signes de <u>tamponnade</u> et des signes <u>évocateurs</u> d'une étiologie (anomalie de la cinétique, tumeur péricardique...)</td><td>– Affirmer l'épanchement péricardique,<br>– Quantifier son abondance,<br>– Le doppler cardiaque : Apprécier son retentissement HMD (diagnostic + de la tamponnade)</td><td>• <u>Signes péricardiques</u><br>– Epaississement des deux feuillets péricardiques avec hyperéchogenicité de ces feuillets péricardiques<br>– Epanchement péricardique (rare).<br>• <u>Signes de constriction</u><br>– Dilatation des oreillettes contrastant avec des ventricules de dimension normale, Dilatation de la VCI, des veines sus-hépatiques</td></tr>
<tr><td>Biologie</td><td>❖ CRP, VS, NFS et LDH.<br>❖ La troponine I et les enzymes musculaires (↗en cas d'atteinte épicardique associée et afin d'éliminer un IDM).<br>❖ Hémocultures</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Ponction péricardique</td><td colspan="3">➢ Indications : épanchements abondants et/ou pour évacuer une tamponnade<br>➢ Intérêts :<br>➢ Techniques :<br>① <u>Drainage aveugle sous xiphoïdien (par la fente de Larey) :</u><br>- se fait généralement sous anesthésie locale (xylocaine) et contrôle écho cardiographique direct (ou scope).<br>- Introduction d'une aiguille 18 sous la xiphoïde à45°du plan cutanée dirigée vers l'épaule gauche.il y a apport du liquide Reçu dans des tubes<br>- destinés à réaliser une ECB.<br><br><br></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | - Maintien d'un drain pour l'évacuation du liquide (50 à 100 cc)!!<br><br>② <u>Autres techniques chirurgicales :</u> Possibilité de réalisation de biopsie péricardique !<br>voie sous xiphoïdienne /thoracotomie antérolatérale gauche /sternotomie médiane totale /vidéothoracoscopie | | |
| Traitement | ❖ <u>Repos au lit</u> ,c'est un élément essentiel du traitement avec <u>arrêt de travail</u><br>❖ <u>*AINS :*</u> ASPIRINE®(3 g parjour) ou autres AINS.<u>La colchicine</u> peut également être utilisée en 1ère intention ou en cas d'échec du traitement par AINS.<br>❖ Le traitement doit être prolongé,au moins jusqu'à la normalisation du syndrome inflammatoire(CRP,VS) : 1mois.<br>❖ Il doit être ↘ progressivement avant d'être interrompu.<br>❖ Contrôle par ETT de l'épanchement toutes les semaines<br>Anticoagulation contre-indiquée (risque d'hémopéricarde) | ❖ Evacuation de l'épanchement par : Drainage chirurgical (péricardotomie) sauf si état hémodynamique instable( ponction en urgence)<br>❖ Le traitement adjuvant que l'on peut proposer en attendant la réalisation de la ponction ou du drainage chirurgical est :<br>✓ un remplissage veineux, macromolécule,<br>✓ un traitement inotrope positif (Dobutamine)<br>✓ une oxygénothérapie. | • A la phase débutante, un traitement médical : les diurétiques, le régime sans sel, le repos,<br>• traitement anti-tuberculeux en cas de péricardite tuberculeuse prouvée. Il pourra être débuté deux semaines à un mois avant l'intervention et poursuivi ultérieurement.<br>• la phase évoluée, le traitement repose sur l'intervention chirurgicale.<br>• <u>lavage de la cavité péricardique :</u> péricardite purulente. |

R ! Classification échocardiographique des péricardites aigues :

| | |
|---|---|
| Stade 1 | Petit épanchement péricardique (<10 mm de séparation diastolique entre péri- et épicarde) |
| Stade 2 | Epanchement péricardique moyen (10–20 mm de séparation diastolique) |
| Stade 3 | Gros épanchement péricardique (>20 mm de séparation diastolique) |
| Stade 4 | Très gros épanchement péricardique (>20 mm de séparation diastolique avec signes de compression) |